

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

119

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

A. Slucki

PAR

A. SLUCKI

Ne à Szczucz le 24 Mai 1904

Contribution à l'étude de la
MALADIE DE RITTER
Dermatite exfoliatrice du nouveau-né

Président : **LEREBOULLET**, Professeur

IMPRIMERIE D'ALÉSIA

143, Rue d'Alésia

PARIS

1932

LE DOYEN... V. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	ROUVIERE.
Physiologie	OREGONIRE.
Physique médicale	BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	LEMIERRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CLERC.
Anatomie pathologique	L'ENORMANT.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	LOEPER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIQNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FISSINGER.
Clinique médicale	Maurice VILLARET.
	CARNOT.
	BESANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	COUGERT.
Clinique des maladies du système nerveux	QUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET.
	CUNEO.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEQUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1932

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(Mention MÉDECINE)

PAR

A. SLUCKI

Ne à Szczucz le 24 Mai 1904

Contribution à l'étude de la
MALADIE DE RITTER
Dermatite expoliatrice du nouveau-né

Président : **LEREBOULLET**, Professeur

IMPRIMERIE D'ALÉSIA

143, Rue d'Alésia

PARIS



A MON MAITRE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet,
PROFESSEUR DE L'HYGIÈNE ET CLINIQUE DE LA PREMIÈRE ENFANCE
MÉDECIN DE L'HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
Thèse et nous a fait le grand honneur
de la présider.*

*Témoignage d'admiration et de pro-
fonde reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MON PERE ET A MA MERE

A QUI JE DOIS TOUT

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Sous le nom de *dermatite exfoliatrice des nouveaux-nés* ou *maladie de Ritter*, on décrit une affection étudiée en 1878, par Ritter von Rittershain, qui a été maintes fois discutée. L'existence de diverses formes d'*érythrodermies desquamatives* de nourrisson, et notamment d'une forme étudiée par Leiner en Autriche et se rapprochant de celle qu'a observée antérieurement Moussous en France, a permis de mettre en doute l'autonomie de la maladie de Ritter qui serait, pour certains auteurs, la même affection que celle décrite par Leiner. En réalité pourtant, la maladie de Ritter, relativement rare, paraît nettement spécifiée à ceux qui en observent des exemples. Le cas qui sert de base à cette thèse, et que Monsieur le Professeur Lereboullet a observé aux Enfants Assistés en 1929, avec son élève le Docteur Brizard et récemment publié à la Société de Pédiatrie, montre bien que la *Dermatite exfoliatrice de Ritter*, maladie du nouveau-né, est distincte, et comme origine et comme allure clinique, de l'*érythrodermie desquamative de Leiner*, maladie du nourrisson, plus tardive dans son apparition, et dont la symptomatologie n'est pas identique. C'est ce que nous espérons démontrer en rappelant l'histoire de la maladie de Ritter et en groupant quelques observations autour de celle de MM. Lereboullet et Brizard. Nous nous appuierons en partie sur la leçon clinique que notre Maître a récemment consacrée à ces faits.

HISTORIQUE

En 1878-1880, Ritter von Rittershain décrivait une affection de la peau survenant chez les nouveaux-nés âgés de 2 à 6 semaines, et parfois même au 6^e jour de la vie. En dix ans, il en avait observé 297 cas à l'Hôpital des Enfants Trouvés de Prague. Ritter distingue trois stades :

1^o Un premier stade *d'érythème scarlatiniforme généralisé*;

2^o Un deuxième de *formations bulleuses circonscrites*, ayant tendance à confluer et s'étendant très rapidement à toute la surface du corps;

3^o Un troisième stade d'*exfoliation* de toute la superficie de l'épiderme, suivi d'une régénération rapide dans les cas qui sont favorables, soit 50 % environ. Cette exfoliation est le phénomène dominant, l'exsudation bulleuse étant de moindre importance et manquant dans un grand nombre de cas.

L'affection est en général très grave, puisque Ritter a eu une mortalité de 48,8 % des cas. Les chiffres plus récents vont même au delà, jusqu'à 70 %. (Finkelstein, Knopfelmacher et Leiner, Wieland). Pourtant les sujets frappés sont le plus souvent des nouveaux-nés vigoureux; dans la moitié des cas, il s'agit d'enfants allaités au sein. Il ne semble pas qu'il y ait une prédisposition des enfants débiles.

Déjà, en 1879, Behrend attaque l'autonomie de cette nouvelle affection et tend à l'identifier avec le Pemphigus foliacé de Cazenave. Ses arguments sont réfutés par Ritter lui-même. Dès lors, l'opinion médicale se partage en deux camps : l'un, avec Bohn, Escherich, Rosenthal, Fischl et

surtout Heubner, Bajinsky et Finkelstein, avec des dermatologistes comme Darier, Kaposi, Luithlen, Pick, Rille et Dalla Favera, considèrent la dermatite exfoliatrice du nouveau-né comme une affection autonome; l'autre camp, avec Richer, Knopfmacher, Leiner, Jadassohn et Wieland, la rapproche du Pemphigus épidémique du nouveau-né, dont elle ne serait qu'une forme grave et à évolution un peu spéciale.

En France, la question n'est pas moins discutée. A la suite des mémoires de Leiner sur l'érythrodermie desquamative du nourrisson et ses relations avec l'eczéma séborrhéique, c'est celle-ci qui surtout est étudiée. A deux reprises, M. Comby en donne une description très complète. En mars 1909, il insiste dans une revue d'ensemble, sur le diagnostic de la maladie de Ritter, caractérisée par le gonflement, la macération et l'exfoliation de l'épiderme, l'enfant apparaissait comme brûlé, l'évolution étant aiguë; il l'oppose à l'érythrodermie de Leiner où ces symptômes font défaut et dans laquelle il y a en plus des altérations d'eczéma séborrhéique du cuir chevelu et dont la marche chronique est toute différente.

En 1918, M. Comby, reprenant l'étude de l'érythrodermie desquamative de Leiner très en détail, en élargit le cadre et tend à y rattacher la maladie de Ritter qui d'ailleurs ne paraît pas d'observation aussi fréquente que l'érythrodermie desquamative.

Depuis ces premiers mémoires, c'est l'érythrodermie desquamative surtout qui est étudiée en France. Nous n'en ferons pas ici l'historique détaillé. Rappelons seulement qu'à deux reprises, la Société de Pédiatrie s'en est occupée en 1921 et tout récemment en 1931. Ces deux fois, les pédiatres français, avec Comby, Marfan, Hallé, se sont efforcés

de préciser les caractères et les limites de l'érythrodermie desquamative du type Leiner, de montrer qu'elle était souvent bénigne, de mettre en relief sa parenté avec l'eczéma séborrhéique et l'érythème intertrigo et ils ont pour la plupart déclaré n'avoir pas observé de malade répondant à la description de Ritter.

Toutefois, ceux-ci existent, sans parler des travaux de Leiner lui-même et de Finkelstein dans les traités de dermatologie infantile allemands, où sont nettement différenciées les deux affections, sans parler de l'important mémoire de Wieland de Bâle, de celui de Herz, nous pouvons rappeler ici le cas de Giovani de Toni, publié à Padoue en décembre 1923; l'observation, à bien des égards suggestive de Woringer, parue dans le *Nourrisson*, en 1924; les faits de W Szarka, de Caillau et Walter, qui montrent la réalité de la maladie de Ritter, et les cas tout récents de MM. Lereboullet et Brizard et de M. Babonneix.

Cette affection, survenant surtout chez le nouveau-né, n'est pas d'observation banale dans les œuvres des pédiatres et peut-être a-t-on ici l'une des explications de la rareté des faits publiés par ceux-ci, et c'est dans les maternités que cette affection peut être rencontrée.

Quoi qu'il en soit, le fait que nous rapportons, par sa netteté, redonne à cette discussion un caractère d'actualité. Il va nous permettre de tenter une description de cette dermatite exfoliatrice du nouveau-né et de montrer sa place dans la pathologie cutanée du premier âge.

SYMPTOMATOLOGIE

Reprenons la description symptomatique d'après Ritter et les auteurs qui se sont efforcés d'établir l'autonomie de la dermatite exfoliatrice du nouveau-né.

Au cours de la deuxième à cinquième semaine de la vie, exceptionnellement plus tard, souvent même le sixième jour après la naissance, on voit apparaître sur une peau non modifiée, un érythème scarlatiniforme. Peu après, se forme une bulle, bientôt suivie d'autres bulles. Ces bulles initiales siègent vers la bouche, rarement à d'autres endroits de la face, plus rarement encore sur le thorax ou ailleurs. Elles s'étendent d'ailleurs très rapidement sur toute la superficie du corps. Les bulles ressemblent à celles du pemphigus, mais s'en différencient par la tendance rapide à l'extension et à la confluence. Elles atteignent des dimensions qui ne se voient guère dans le pemphigus.

Si on exerce une pression avec le doigt au voisinage d'une bulle sur la peau en apparence saine, l'épiderme se décolle de sa base, se plisse et en quelques secondes le corps papillaire devient rouge et exsude une sérosité. Il se produit une solution de continuité entre la couche superficielle et la couche profonde du derme : c'est *l'épidermolyse*, signe de Nikolsky. Ce phénomène est évident dans les formes légères, même au début et sur toute l'étendue dans les formes avérées. Là où l'exsudat est abondant, l'épiderme se soulève et forme bulle dont l'extension n'a pour limites que la cohésion des couches même et qui d'ailleurs se déchire presque aussitôt. Les mains et les pieds peuvent ainsi être entourés d'une peau transparente et soulevée par un liquide louche. Habituellement la bulle éclate. Tout

frottement sur le corps augmente le décollement, et l'épiderme détaché pend en lambeaux, rattachés par leur bord. Définitivement, l'enfant paraît rouge, comme atteint d'une brûlure du 2^e degré. Ça et là on peut trouver des îlots de peau saine où néanmoins le phénomène d'épidermolyse peut se manifester. Au pourtour des orifices naturels, surtout de la bouche, les lésions se caractérisent par la présence de rhagades sanguinolentes. Des sécrétions desséchées, des lambeaux épidermiques bouchent le nez et facilitent la respiration bruyante. Les conjonctives et la muqueuse buccale peuvent être rouges. La température est normale au début, mais il y a des formes avec hyperthermie rapide et collapsus. Malgré ces lésions, l'enfant tette bien. L'état général paraît, dans les formes curables et au début peu atteint. Au surplus, le plus simple est de rapporter ici l'observation de MM. Lereboullet et Brizard.

Observation I

(LEREBOULLET ET BRIZARD)

Le 25 avril entre, à la salle Parrot de l'Hospice des Enfants Assistés, un enfant âgé de dix jours, atteint de lésion dermo-épidermiques du visage, des mains et des pieds.

Il est né à terme et pesait à la naissance 3 kgs, mesurait 0 m. 49 et, jusqu'à ce jour, était élevé au sein.

Le jour de son admission, on est frappé par les caractères particuliers de l'éruption.

En dehors d'une érythrodermie généralisée et légèrement desquamative on note :

Aux mains, de grands décollements épidermiques en doigt de gant;

Aux pieds, à la face plantaire, deux éléments de la dimension d'une pièce de 2 francs, provoqués par un décollement dermo-épidermique qui n'a pas abouti à la formation d'une bulle nette. On se demande si l'épiderme déchiré n'a pas empêché la sérosité d'apparaître;

À la face antérieure du thorax, au-dessous du mamelon gauche, un élément identique de la dimension d'une pièce d'un franc;

Au front, un dernier élément nettement bulleux dont on a pu retirer quelques gouttes d'une sérosité nette, claire. L'examen bactériologique immédiatement pratiqué s'est montré négatif. Le visage en outre est complètement modifié par un érythème intense accompagné d'une bouffissure de la face. Sur les téguments des joues et du menton, des lésions impétigineuses se sont développées en forme de rhagades suintantes et sanguinolentes. Elles ont ce caractère particulier de s'arrêter nettement au pourtour des lèvres et de n'envahir les muqueuses en aucun point. Les paupières sont très œdématisées, leur épiderme tend à se décoller. On

les entr'ouvre avec la plus grande difficulté et on constate un léger degré de blépharo-conjonctivite sous-jacente.

Toutes ces lésions n'ont entraîné aucune réaction ganglionnaire. L'examen général ne permet de déceler aucun signe de syphilis viscérale héréditaire. Malgré leur absence on porte le diagnostic d'éruption pemphigoïde d'origine spécifique, on conseille un Wassermann et, comme traitement, une large application de Bleu de méthylène sur toutes les régions non seulement bulleuses mais érythémateuses ainsi qu'un poudrage abondant au dermatol.

Pour compléter un peu de lactate d'hydrargire dans les biberons de lait de femme qui lui sont présentés.

Il faut noter que l'état général ne semble pas très altéré; la température est normale. L'enfant prend régulièrement les biberons de lait de femme qui lui sont offerts.

Le 26 avril, le tableau clinique se modifie singulièrement. L'infirmière, chargée de faire à l'enfant un prélèvement de sang pour Wassermann par ventouses scarifiées, vient nous prévenir que l'application des deux premières a provoqué un énorme décollement épidermique. La peau s'est décollée, distendue, est venue épouser la forme de la ventouse et finalement a éclaté en larges lambeaux, laissant apparaître un derme suintant rouge vif très irrité. Elle nous demande de vouloir bien appliquer nous-même le scarificateur sur ce tissu. Cet incident réglé, on badigeonne cette surface à vif de Bleu de méthylène, mais antérieurement on avait été frappé par l'extension des lésions à la face antérieure du thorax, aux mains et aux pieds.

L'épiderme de tous les doigts est complètement décollé, ainsi que la face palmaire des deux mains; sur la face dorsale au contraire des éléments sont apparus mais plus limités. Aux pieds la région plantaire n'est plus qu'une vaste surface décollée.

Tous ces éléments revêtent toujours les mêmes caractères, c'est-à-dire : épiderme soulevé, décollé du derme, mais affaissé, flétri, nullement tendu par de la sérosité comme dans le pemphigus classique.

Au visage érythème et œdème ont doublé d'intensité. L'épiderme des paupières est lui aussi complètement décollé. Il en est de même des téguments du front, du cuir chevelu dans toute la région occipitale où la tête repose sur l'oreiller. Les lésions croûteuses des joues et du menton ne se sont nullement modifiées, mais là où elles se sont développées il n'y a aucune tendance au décollement épidermique. L'état général reste satisfaisant. Pas de température, l'appétit est conservé.

29 avril. Le Wassermann s'est révélé négatif. Les lésions n'ont plus aucun aspect pemphigoïde. Elles se sont étendues plus particulièrement sur toutes les surfaces de friction, à la face postérieure des jambes et des cuisses, aux fesses. L'épiderme du dos est décollé en totalité.

Pour la première fois ce jour-là, on note un symptôme qu'on avait d'ailleurs négligé de chercher les jours précédents. En frottant légèrement la peau en un endroit quelconque du corps on provoque un décollement exactement imité à la surface de friction.

On réalise le phénomène d'épidermolyse caractéristique de certaines affections cutanées.

L'état général ne se modifie pas, l'enfant se maintient au même poids, son appétit persiste; il prend sans difficulté sa ration alimentaire normale.

Le 30 avril. L'affection s'étend encore aux bras et aux jambes; toutefois les premières lésions commencent à se dessécher, le derme mis à nu est moins irrité, il tend à reprendre sa coloration normale. Un nouvel épiderme sain se reforme assez rapidement.

Dans les premiers jours de mai, le dessèchement des lésions cutanées s'accuse de plus en plus, l'épidermolyse a complètement disparu. L'état général est excellent. L'enfant commence à reprendre du poids.

Les jours suivants, l'amélioration s'accuse, l'exfoliation s'effectue par larges lambeaux. A leur place se trouve un épiderme sain, d'aspect tout à fait normal. Sur le visage, un certain œdème palpébrale persiste encore, les lésions impétigineuses ont formé des

croûtes très sèches qui, chaque jour, tombent au cours de la toilette de l'enfant.

Le 13 mai. La desquamation est terminée; on ne trouve sur le corps et sur le visage aucune trace des lésions récentes. Les paupières sont dégonflées, l'enfant peut ouvrir les yeux facilement, la conjonctivite a disparu. L'état général est excellent. L'enfant prend régulièrement 30-35 grammes par jour. Il est considéré comme guéri et quitte l'hôpital ce même jour.

Des renseignements recueillis sur son état depuis lors résulte que l'enfant s'est très bien porté et est actuellement en pleine santé. Réserves faites de quelques pyodermites superficielles survenues dans les deux semaines qui suivirent son départ, l'enfant n'a présenté aucun trouble cutané.

EVOLUTION

Après une généralisation à tout le corps, on voit les premières lésions commencer à se dessécher. Le derme rouge et suintant pâlit et tend à reprendre sa coloration normale. Les lambeaux épidermiques mortifiés disparaissent et il se fait une nouvelle épidermisation qui progresse rapidement. Sur le visage, un certain œdème palpébral persiste pendant quelques jours, les lésions se dessèchent en formant des croûtes impétigineuses qui tombent rapidement. La réparation est complète à la fin de la 3^e semaine de la maladie.

Pendant toute l'évolution, dans les cas favorables, l'état général reste bon et le petit malade tette normalement. La desquamation une fois terminée, on ne retrouve plus de traces des lésions récentes. La guérison est totale et définitive et l'enfant ne présente aucune suite. C'est ce qui se passait dans le cas de MM. Lereboullet et Brizard. Cette

évolution favorable est d'autant plus fréquente que la maladie débute tardivement.

Mais, malheureusement, chez un assez grand nombre de nourrissons, le mal prend une allure grave d'emblée. Les modifications de la peau se font rapidement. La poussée bulleuse est très intense. Par leur extension et confluence, il se forme d'énormes cloques qui contiennent peu de liquide. L'épiderme se rompt, il se plisse, pend en lambeaux et des surfaces dénudées montrent le derme bleu-violacé, l'enfant a un aspect hideux de brûlé. L'état général est très vite touché, la fièvre monte et la température oscille entre 38° et 40°. On peut voir à cette période se former des abcès dans différentes régions du corps. Les petits malades tombent dans un état comateux, avec respiration bruyante, soit accélérée, soit ralentie; la température descend petit à petit jusqu'à 35°5 et l'enfant succombe par collapsus.

Il en était ainsi dans le cas de MM. Babonneix, Cayla et Mlle Fayot, que nous devons à leur obligeance de pouvoir rapporter ici. A divers égards, les faits antérieurs de G. de Toni et de Woringer rentrent également dans ce groupe. Avec Woringer on peut d'ailleurs interpréter certains faits comme réalisant une septicémie secondaire survenue à la faveur de lésions cutanées superposables à bien des égards à celle des grands brûlés.

Observation II

Due à l'obligeance de MM. BABONNEIX, CAYLA et Mlle FAYOT

Le 12 novembre 1931, entraît dans le service de l'un de nous à l'hôpital Saint-Louis, un nourrisson de 13 jours, d'aspect singulier.

Sa constitution et son poids paraissaient normaux, mais toute la surface cutanée était rouge, brillante, suintante, comme si elle avait perdu son épiderme. Dans quelques régions il persistait, mais détaché du derme sous-jacent, d'aspect blanchâtre, macéré et plissé, formant de larges lambeaux dont les bords s'enroulaient sur eux-mêmes.

Ces lambeaux occupaient les faces dorsales des mains et des pieds et le cuir chevelu, où ils paraissaient avoir été retenus par les cheveux.

Partout ailleurs, la surface cutanée était rouge, suintante, ponctuée par les orifices glandulaires du derme.

En certaines régions, surtout aux points de contact (aisselle, creux poplités, région inguinale et paroi abdominale), la rougeur était plus foncée, presque purpurique. L'extrémité du nez et celle de plusieurs doigts était plus foncée encore, comme sphacélique.

On avait l'impression d'un enfant sur qui on aurait versé de l'eau bouillante et l'on ne savait comment le prendre, tellement il donnait l'impression d'un écorché vivant; l'on dut l'envelopper dans une grande compresse dépliée et enduite d'huile.

Sa température était de 39°5 à 40°, mais tout le reste de l'examen était négatif. Le foie et la rate paraissaient normaux. L'appétit était normal; il allait à la selle normalement, n'avait pas de vomissements.

Néanmoins, la température se maintint jusqu'à la mort qui survint le 13 novembre.

Nous pûmes obtenir sur lui les renseignements suivants :

Il était fils de Polonais, leur premier enfant, né à terme, normalement. Nourri au sein jusqu'à son entrée à l'hôpital.

Dès le troisième jour après sa naissance étaient apparues sur le cou de petites bulles de pemphigus. Rapidement, elles avaient formé un collier, puis s'étaient étendues au tronc et aux membres, à la face et au cuir chevelu. L'exfoliation avait gagné toutes ces régions au point que, lorsqu'il nous fut présenté, il n'avait pour ainsi dire plus de peau.

La fièvre était apparue, et l'état paraissant très alarmant, on l'avait amené dans le service.

Le lendemain de sa mort, nous avons pu le faire photographier. L'aspect n'avait pas changé, il donnait alors l'impression d'un très gros fœtus macéré.

A l'autopsie, aucune lésion viscérale apparente, ni au foie, ni à la rate, ni aux autres organes; les poumons seuls paraissaient congestionnés.

Observation III

(de la clinique infantile de la Faculté de Médecine de Strasbourg,
par le Dr P. WORINGER)

Le 16 juillet 1923 on amenait à la consultation de la clinique une nourrissonne âgée de 18 jours, pour une éruption bulleuse qui durait depuis huit jours. L'enfant, qui était au sein de la mère, était bien développée, pesait 4.410 grammes. L'éruption avait débuté au menton et s'était rapidement, dans l'espace de trois jours, étendue sur le corps et sur les membres. Elle était composée de bulles de pemphigus typiques. Les faces palmaires et plantaires étaient libres. Au menton et au cou, les bulles s'étaient ouvertes et laissaient à nu des surfaces rouges, suintantes, en partie recouvertes de croûtes et de l'épiderme plissé, desséché. Pour le reste, l'enfant ne présentait rien de particulier, pas de fièvre, pas de signe de syphilis. D'après l'aspect, il s'agissait d'un simple pemphigus du nouveau-né; du reste, un frère de notre petite malade, âgé de 19 mois, avait eu, trois jours après sa sœur, la même éruption bulleuse, moins étendue et déjà en voie de régression. On ordonne à la mère de donner un bain au permanganate par jour, de poudrer tout le corps et d'appliquer sur les parties suintantes un peu d'onguent au précipité blanc. Deux jours après l'enfant est ramené à la consultation. Il présente de nouvelles poussées de bulles, surtout aux membres, et une extension notable des anciennes lésions. Une bulle de l'avant-bras ouverte avec une aiguille montre un contenu louche avec beaucoup de staphylocoques à l'examen direct.

L'enfant est admise dans le service le 20 juillet. Son état s'est

aggravé : toute la face et le cou sont recouverts de lambeaux d'épiderme, par endroits desséché, par endroits fraîchement détaché et épaissi, comme macéré, découvrant un derme rouge vif, suintant.

Au tronc, par l'extension et la confluence des bulles, se sont formées d'énormes cloques, dont l'une, sur la face antérieure du thorax, atteint presque la grandeur de la paume d'une main d'adulte; elles contiennent très peu de liquide. L'épiderme est plissé et gonflé; par endroits, le derme rouge apparaît. Aux endroits où la peau semble encore être intacte, on provoque, par un léger frottement, un glissement de l'épiderme sur le derme; c'est le signe de l'épidermolyse.

A l'abdomen, au-dessus de l'ombilic, l'exfoliation est la plus marquée. L'épiderme, détaché sur une grande étendue, pend comme une écharpe en travers du ventre.

Dans la région sous-ombilicale, et aux membres inférieurs, la peau semble le moins lésée, à part quelques bulles de pémphigus. Partout, on retrouve cependant le signe de l'épidermolyse.

A l'avant-bras et à la main gauche, l'épiderme est détaché dans sa totalité et recouvre le membre comme un gant en caoutchouc, à travers lequel apparaît le derme avec une couleur bleu violacé. Le lendemain de son entrée, l'épiderme de la main droite est également détaché et enlevé comme un gant.

Malgré cet état effrayant, l'enfant prend encore bien le sein. Sa température oscille pendant tout son séjour au service entre 38 et 40 degrés. Ses selles sont grumelleuses, molles.

Peu à peu, l'épiderme se détache sur tout le corps, sauf au cuir chevelu. Par endroits, des croûtes et des fissures saignantes se forment; ailleurs, on voit les surfaces suintantes se dessécher et de nouveau se recouvrir d'épiderme. Au pied droit, une plaque de sphacèle profond se déclare, de la grandeur d'une pièce de deux francs, qui peu à peu se délimite.

Le 27 juillet, on note une amélioration dans l'état de la peau. La surface du corps se nettoie bien et s'épidermise de nouveau peu à peu, grâce au traitement par des pommades calmantes.

Les fragments de tissu gangréneux au pied droit sont éliminés et laissent un trou profond.

Le 28 juillet, se présentent alors les premiers symptômes d'une septicémie qui, en huit jours, entraîne la mort de l'enfant. Successivement, on observe un grand abcès dans la région occipitale avec carie de l'os, une parotidite droite, une escarre fessière, un abcès du poignet droit, un ictère devenant de plus en plus intense et finalement des hémorragies multiples par le nez et avec les selles et les vomissements. L'enfant tombe dans un état de somnolence et succombe le 6 août. Une ponction du cœur, faite immédiatement après la mort révèle la présence de staphylocoques dorés dans le sang.

Observation IV

(GIOVANNI DE TONI)

Comunicazione fatta nella seduta.

Le 2 novembre 1931, au soir, est amenée d'urgence à l'Hospice des enfants d'Alexandria « Cesare Arrigo », une nourrissonne de 20 jours, Rosa Guasco de Rivarone, village situé à quelques kilomètres d'Alexandria.

Les parents de la petite malade sont des campagnards jeunes et bien portants. Le père, — 30 ans, — mutilé de guerre, n'a aucune maladie à noter. Chez la mère — 23 ans — on note fièvre typhoïde et grippe; une seule grossesse, pas d'avortement; la grossesse était normale, le travail assez pénible : la poche des eaux s'était déchirée 25 heures avant l'accouchement. Le nouveau-né était légèrement cyanosé, peu gracieux, mais tout à fait sain. Nourri au sein par la mère. Selles de couleur jaunâtre normales. Pas de vomissements.

Le douzième jour de vie, la mère constata sur la face dorsale du pied gauche de la nourrissonne une grosse bulle. Le médecin consulté crut avoir à faire à une brûlure, mais la mère déclara

qu'il n'y avait eu aucune cause de brûlure. La bulle s'ouvre très tôt et avec une grande rapidité se forment d'autres bulles dont tout le corps est bientôt couvert. A présent, nous sommes au huitième jour de la maladie. La petite malade a un aspect caractéristique inoubliable : elle rappelle un fœtus macéré, ou mieux encore, une brûlure du II^e degré, étendue à toute la surface du corps. On ne distingue plus aucune bulle. La couche cornée est complètement soulevée, de larges lambeaux sont encore en contact avec les couches inférieures par quelques lacinis, mais cèdent à la plus faible traction. Aux endroits exposés à des pressions plus fortes, l'exsudat qui s'est formé donne à la couche cornée une teinte jaune, brunâtre. La peau *semble* intacte seulement sur une partie du front, sur le cuir chevelu et sur la nuque, nous disons *semble* intacte parce qu'une légère pression sur la peau de la nuque suffit pour détacher un lambeau épidermique des couches inférieures qui sont humides des sécrétions : c'est l'épidermolyse ou *signe de Nikolsky*. Sur la région du corps où la couche cornée est tombée, le tissu profond présente un aspect rouge luisant, légèrement humide. Autour de la bouche ouverte on trouve de profondes rhagades. La muqueuse buccale est intensivement rougeâtre et sèche. La malade est aphone. Le globe oculaire droit est proéminent et la conjonctive très congestionnée et ecchymotique avec opacité cornéenne. L'inflammation oculaire date de quatre jours et fut précédée d'une injection des « vasi pericheratici ». L'œil gauche est normal.

Devant un tableau clinique si typique, on pose immédiatement le diagnostic de la Maladie de Ritter, et on commence l'unique traitement indiqué en pareil cas : la petite malade est mise dans un sac de talc stérilisé qu'on doit renouveler toutes les six heures. On agit sur l'état général en réchauffant avec des bouillottes et par des injections d'huile camphrée. On est obligé de donner le lait maternel avec un compte-gouttes parce qu'elle ne peut plus téter. Nuit agitée et sans sommeil. La température qui a dépassé, au moment de l'accès, 38° c., baisse, malgré les

soins, jusqu'à 35°5, température de collapsus. La malade ne peut déglutir le lait présenté au compte-gouttes.

La famille désirant que le décès ait lieu dans la maison emmène l'enfant qui meurt en cours de route.

Avant la mort, on a réussi à prélever deux fragments de peau pour examen histologique.

L'examen du sang a donné le résultat suivant :

Hématies, 4.000.000;

Globules blancs, 23.000;

Hémoglobine, 75 (sahli).

Formule leucocytaire :

Myélocytes, 12 %;

Métamyélocytes neutrophiles, 10 %;

Polynucléaires, 11.

Eosinophiles, néant;

Gros mononucléaires, 3 %;

Cellules de Türck, 4 %.

La ponction exploratrice de l'œil droit donna quelques gouttes de pus et on a pu isoler un mélange de staphylocoques blancs et dorés.

Le Wassermann de la mère était négatif.

La biopsie fut pratiquée sur deux points de la peau où le processus paraissait avoir une intensité différente.

La première préparation nous montre que nous nous trouvons devant un état inflammatoire, autour du réseau veineux superficiel et profond, et surtout aux points où le processus est plus grave. On remarque de larges hémorragies, une infiltration abondante des cellules de nature différente, mais essentiellement neutrophiles, surtout dans les couchés sous-papillaires et papillaires. Les papilles se montrent distendues par un exsudat plus ou moins abondant, qui, en s'infiltrant à travers les cellules de la couche basale, a distendu les éléments malpigiens et déterminé la formation, çà et là, de petites vésicules. Quelques éléments, dans les points où le processus inflammatoire est plus intense, se sont avancés à travers la couche granuleuse jusqu'à la couche cor-

néenne qui a été soulevée entièrement. La sérosité exsudée en quelques points, s'unissant avec la couche cornéenne, fait une croûte épaisse dans laquelle on remarque des restes abondants des éléments d'infiltration cependant qu'un certain nombre d'éléments semble toujours en bon état.

DIAGNOSTIC ET SIGNIFICATION DE LA MALADIE DE RITTER

La maladie de Ritter a-t-elle une autonomie réelle?

Nous allons essayer d'élucider cette question en passant en revue toutes les affections de la peau chez le nourrisson susceptibles de lui être comparées.

On sait que la peau du nourrisson est particulièrement fragile, elle se défend mal contre l'infection et contre le traumatisme. Son atteinte peut résulter :

1° *d'altérations congénitales de la peau*, véritables difformités parfois, telle l'ichtyose persistant toute la vie, ou de modifications évolutives 'paraphysiologiques, telle la *desquamation physiologique de la peau du nouveau-né*.

2° *de réactions cutanées* d'origine endogène, telles les érythèmes provenant à la suite de troubles intestinaux ou de causes générales diverses.

3° *d'infections cutanées*, qu'elles soient de cause interne ou externe provoquées par le staphylocoque ou le streptocoque ou tout autre germe, qu'il s'agisse de dermoépidermites microbiennes ou de maladies à répercussion cutanées :

Il y a ainsi de multiples types dont l'analyse peut être faite.

Le nourrisson, à la naissance, est rouge. Cette érythrodermie physiologique est due :

1° au contact de la peau avec la température extérieure;
2° à la polyglobulie que présente tout nouveau-né.
Quand la polyglobulie cesse, l'érythrodermie s'atténue et il se produit une desquamation fufuracée lamelleuse, qui dure normalement 5-6 jours, mais elle peut se prolonger jusqu'à 30 et 60 jours (Parrot).

Dans certains cas, l'épiderme se dessèche vite, il se fait une espèce de *vernis collodionné sous-épithélial*. L'enfant vient au monde revêtu de ce vernis collodionné qui se fend, après la naissance, en larges lambeaux. Pour Grass et Török, c'est une exfoliation lamelleuse du nouveau-né, c'est l'ichtyose lamelleuse.

A côté de cette forme, qui est l'exagération d'un phénomène physiologique, on trouve d'autres altérations congénitales : telle l'*ichtyose fœtale de Thibierge* où le fœtus vient au monde avec une ichtyose prononcée. Son aspect est hideux, il ne peut ni téter, ni prendre le biberon, il est recouvert d'une sorte d'enduit sébacé, desséché, de couleur sale; certains faits réalisent l'*érythrodermie congénitale ichtyosiforme ou hyperépidermotrophie de Brocq*, qui peut se voir chez des sujets déjà grands. La peau est rouge, avec exagération des papilles du derme. Nous ne la décrivons pas : elle s'apparente à l'ichtyose et aux divers *kératodermies congénitales*.

Dans les jours qui suivent, lorsque le processus physiologique a pris fin, la peau devient le siège de réactions cutanées, à la suite d'un processus endogène d'origine intestinale. La région fessière irritée devient rouge. L'érythème qui apparaît peut être soit : l'*érythème intertrigo*, qui consiste en une rougeur diffuse des fesses avec léger suintement, soit l'*érythème papuleux* devenant *papulo érosif*, et qu'il faut différencier des syphilides papulo-érosives.

(*Syphiloïdes post érosives de Jacquet*). Dans ce même chapitre on peut faire entrer la séborrhée du cuir chevelu, appelée croûte de lait, ou assez inexactement eczéma séborrhéique, car ce n'est pas une manifestation de l'eczéma vrai, mais le terme est devenu classique.

L'érythrodermie desquamative décrite par Leiner en 1907 présente en plus de la séborrhée, une atteinte de tout le derme. « En 5 ans l'auteur a pu réunir 43 cas de cette dermatite, à l'hôpital d'enfants Carolinen, de Vienne. Sur ce nombre 41 enfants étaient nourris au sein et 2 au biberon : Il y eut 28 guérisons, 15 morts.

Généralement, selon la description de Leiner, on ne voit les enfants qu'à la période d'état de la maladie, à la fin du second ou au commencement du troisième mois de la vie, parfois plus tard. Alors ils offrent le tableau d'une dermatite généralisée, qui, dans les cas typiques, affecte toujours le même aspect. La tête rappelle les cas de séborrhée; elle est couverte d'une calotte de croûtes jaunes, sans ulcération de la peau; cheveux rares et faisant corps çà et là avec les squames. Les sourcils ont le même aspect que le cuir chevelu. Toute la face est presque entièrement couverte de petites squames jaunes, avec légère inflammation sous-jacente. Le bout du nez, les narines, les parties voisines des joues sont indemnes, sauf dans les cas invétérés.

Le tronc est d'un rouge vif, se couvre de squames d'abord blanc grisâtres, opaques, puis d'aspect lustré. Elles peuvent être aisément séparées de la peau enflammée qu'elles recouvrent. Les surfaces d'extension des membres sont plus atteintes que les surfaces de flexion. Les mains et les pieds sont rouges, mais seulement par places. Les ongles sont aussi atteints par la maladie et montrent des altérations diverses : sillons transversaux et longitudinaux.

proéminences et dépressions irrégulières. La matrice unguéale souvent hyperkératosique, déterminant une convexité anormale des ongles.

Dans les plis de la peau et sur la face de flexion des jointures, il n'y a pas de squames. A ce niveau, la peau est d'une couleur rouge sombre et œdémateuse. Seulement, au fond des plis, on aperçoit un enduit blanc sale.

L'examen des autres organes est négatif. Glandes un peu engorgées ne suppurant jamais. Bon état général, sommeil peu troublé, pas de démangeaisons. On n'observe pas de fièvre. Urines normales. Dans la plupart des cas, l'évolution est favorable, et la maladie guérit en quelques semaines. L'hyperémie cutanée, la desquamation cessent peu à peu, les squames deviennent plus minces et plus petites, et la peau reprend graduellement son état physiologique. Les lésions persistent longtemps dans les sillons et sur le cuir chevelu.

L'enfant, même dans les cas favorables, perd du poids, et reste faible et amaigri pendant des mois.

Enfin, un tiers des enfants succombent. Malgré la continuation de l'allaitement, le nourrisson dépérit et prend un faciès lamentable : collapsus, cyanose des extrémités, mouvements des membres pénibles, avec hyperémie. Peau très sèche, rappelant le parchemin, semée de squames et de rhagades. Ces rhagades sont surtout graves autour de la bouche, la succion devient souvent difficile ou impossible. L'accroissement de la cachexie et de la fièvre, associée avec la diarrhée, cause bientôt la mort.

A l'autopsie, on trouve, en dehors des lésions cutanées, une dégénérescence du myocarde, une infiltration graisseuse du foie, un catarrhe de la muqueuse intestinale. Rien du côté des ganglions, pas de status lymphatique. En résumé cette dermatopathie en question consiste en une

inflammation légère, mais générale de la peau, avec desquamation incessante.

L'examen histologique des différents cas montre une dilatation des vaisseaux dans la couche papillaire avec légère augmentation des leucocytes, légère inflammation et œdème de l'épiderme, parakératose. Les complications sont très rares, la desquamation continue gênant sans doute le développement des microbes sur la peau. L'évolution est favorable dans 2/3 des cas. (Comby, Archives de Médecine des Enfants, mars 1909). En 1905, 2 années avant Leiner, Moussous, de Bordeaux, dans un article intitulé « Erythème fessier et eczéma séborrhéique » démontre que les érythèmes simples des nourrissons pouvaient s'étendre et se généraliser, et il insiste sur la conséquence de la séborrhée du cuir chevelu et du front. Dans la forme généralisée, l'aspect de l'enfant est tout à fait particulier. Il ne reste plus d'îlots de peau saine, ou, du moins de très restreints. Partout les téguments sont rouges, tendus, gonflés, la couche épidermique épaissie, fendillée, éclate de tous côtés, se détache sous forme de squames abondants et parfois imbriqués.

La particularité de ces cas, qu'ils se présentent sous l'aspect d'une dermatite diffuse, ou qu'ils soient réduits à l'érythème fessier, c'est le terrain spécial sur lequel ils évoluent. Ce terrain est, selon Moussous, identique à celui sur lequel se développent la séborrhée et l'eczéma, puisque il y a coïncidence constante d'eczéma séborrhéique du cuir chevelu. L'auteur français a eu le mérite d'attirer l'attention sur ce terrain.

La *dermatite exfoliatrice du nouveau-né* ou maladie de Ritter est toute autre que les érythrodermies dont nous venons de parler. « Elle est si caractéristique d'aspect qu'on

ne peut la méconnaître lorsqu'on l'a observée une fois » (Finkelstein).

Il est impossible de la confondre avec l'érythrodermie de Leiner-Moussous, dont elle diffère par son début qui est plus précoce : 1^{re} à 5^e semaine (c'est une maladie du nouveau-né) par son évolution spéciale, enfin par les symptômes qu'on ne trouve pas dans l'érythrodermie, comme le gonflement, la macération, l'exfoliation de l'épiderme et le signe de Nikolski, l'épidermolyse.

Par contre, nombreux sont les auteurs qui admettent une parenté étroite entre la maladie de Ritter et le pemphigus épidémique des nouveaux-nés. C'est l'opinion de l'école de Jadassohn et c'est aussi celle de Woringer, de Strasbourg, qui, relatant dans le « Nourrisson » de 1924, une observation de cette affection, — observation que nous rapporterons in-extenso — essaye de dégager les points communs susceptibles de la rattacher au pemphigus. Les partisans de cette théorie se basent sur les faits suivants :

1) l'épidermolyse, signe fondamental de la dermatite du nouveau-né;

2) le pemphigus peut se transformer en dermatite et inversement;

3) la dermatite peut avoir pour origine le contagé avec un malade atteint de pemphigus ou avec un impétigo staphylococcique;

4) l'identité des lésions histologiques avec des différences tenant uniquement à l'intensité du processus.

La diversité du cadre clinique tient seulement à la différence de résistance de la peau aux divers âges. Selon Jadassohn une infection staphylococcique cutanée produit chez le nouveau-né la formation de bulles qui dans un certain cas peuvent aboutir à un soulèvement de tout l'épi-

derme et réaliser ainsi la maladie de Ritter. Plus tard, chez le nourrisson, il y a simplement formation de cloques pemphigoides; chez ces enfants, plus grands, et chez l'adulte, la staphylodermie aboutit seulement à l'impétigo.

Cette synthèse, certainement très séduisante, ne peut être acceptée sans restriction. S'il est vrai que dans la plupart des cas, la formation de cloques précède l'exfoliation, il ne faut pas oublier que Ritter insiste sur ce fait que, dans l'affection décrite par lui, le stade bulleux est d'importance secondaire, et dans le nombre imposant de ses observations, on peut voir le stade d'exfoliation suivre immédiatement celui de l'érythrodermie.

Il nous paraît, en outre, difficile d'admettre que l'épidermolyse soit un phénomène constant dans le pemphigus des nouveaux-nés. On pourrait tout aussi bien prétendre que dans les cas rares, on peut la provoquer : il s'agit alors d'une dermatite de Ritter, restant à son stade de début et n'ayant pas tendance à la généralisation.

Reste le contagion et le passage de l'une à l'autre, forme dont Wieland, de Bâle, a décrit un certain nombre de cas en 1922. Les faits ont incontestablement une grande importance, mais on peut, en les admettant, formuler quelques réserves. Le fait qu'il est possible de trouver des cas cliniques représentant un point de passage entre les 2 formes morbides n'autorise pas à les réunir dans un cadre unique. Les auteurs qui considèrent la maladie de Ritter comme un pemphigus malin généralisé, devraient admettre que cette dénomination ne répond plus au terme même de pemphigus caractérisé, avant tout, par la formation de bulles circonscrites évoluant par poussées successives. Il semble d'ailleurs qu'à la base de cette discussion, une confusion règne sur ce qu'on entend par pemphigus du nouveau-né.

Il en existe 2 variétés : l'une, très précoce — et c'est là sa seule analogie avec la maladie de Ritter — exactement limitée à la paume des mains et à la plante des pieds, qui est une manifestation de syphilis héréditaire et qui donne rarement lieu au phénomène de l'épidermolyse.

L'autre, plus tardive, apparaissant vers le 3^e mois et due à une infection staphylococcique ou streptococcique, avec des éléments qui peuvent s'étendre à la face externe des membres, au tronc et au cou. Cette variété, qui réalise le pemphigus aigu épidémique, dans laquelle on retrouve aussi fréquemment le phénomène de l'épidermolyse, pourrait à la rigueur passer pour un début de dermatite, exfoliatrice, mais son évolution tardive la distingue très nettement de cette affection. Nous devons reconnaître que dans le cas rapporté par notre Maître et le D^r Brizard, le début pemphigoïde avait incité à porter le diagnostic de pemphigus, mais que très rapidement des caractères différentiels sont apparus : l'érythrodermie associée à la présence d'éléments qui n'étaient pas nettement bulleux et ne contenaient pour ainsi dire pas de sérosité, leur extension au cou et à la face antérieure du thorax et enfin l'apparition très précoce du phénomène de l'épidermolyse.

Nous pensons que tous ces éléments permettent d'individualiser la maladie de Ritter et qu'on ne peut la confondre avec le pemphigus des nouveaux-nés, pas plus qu'une bronchite avec une broncho-pneumonie, une cystite avec une pyélo-néphrite, bien qu'il y ait entre elles une gamme ininterrompue de formes de transitions.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGENIE

N'ayant pas eu l'occasion de pratiquer nous-mêmes un examen histologique, nous rapportons ici la description des lésions signalées par MM. F. Caillau et Walter à propos de 2 cas de dermatite exfoliatrice du nouveau-né (voir plus loin observation n° 5). Enfin, nous avons trouvé aussi une description des lésions dans l'observation de G. de Toni.

L'examen histologique pratiqué par F. Caillau et Walter montre une couche cornée de l'épiderme, épaisse et desquamante, une absence de stratum granulosum et de stratum lucidum, une atrophie du corps muqueux. La zone papillaire du derme est infiltrée de cellules inflammatoires qui se condensent en nodules autour des vaisseaux augmentés en nombre, dilatés, bourrés d'hématies, (aspect angiomateux) œdème des papilles, dépôts pigmentaires autour des vaisseaux (hémossidérine, mélanine).

Glandes sébacées atrophiées, glandes sudoripares nombreuses et hypertrophiées; disparition du tissu élastique dans la zone papillaire.

En résumé : atrophie extrême de l'épiderme avec squames parakératosiques, ectasies vasculaires et état pseudo-angiomateux de la zone papillaire, intégrité du tissu collagène, hyperplasie des sudoripares et atrophie des sébacées.

Un point reste obscur : c'est la pathogénie de cette affection que G. de Toni, de Padoue, considère comme une pyodermite d'origine puerpérale, étant donné la précocité de son apparition, tandis que l'école de Jadassohn, Wiewand, de Bâle, et Woringer, la rattachent au pemphigus épidémique du nouveau-né, dont elle serait une forme particulièrement grave. Tant qu'elle ne sera pas élucidée, il est

toujours loisible de la décrire comme une affection autonome qui peut être réalisée en partant de plusieurs processus morbides cutanés, parmi lesquels figure le pemphigus lorsqu'il a atteint un degré suffisant d'identité et de gravité. Pour notre part, nous nous abstiendrons de conclure à cet égard. Il nous suffit d'affirmer, d'après les observations que nous rapportons, celle de MM. Lereboullet et Brizard, et celle de MM. Babonneix, Cayla et Mlle Fayot, que la maladie de Ritter a son autonomie; qu'elle comporte vraisemblablement deux formes, une forme qui reste purement cutanée et curable, une autre qui se complique d'un état septicémique, peut être liée à une infection secondaire et qui entraîne la mort. Mais il nous paraît vain de faire actuellement des hypothèses trop précises sur la nature de l'affection et son mode de production.

TRAITEMENT

Le traitement n'est pas absolument le même dans l'érythrodermie de type Leiner et dans la maladie de Ritter, et c'est une raison pour les différencier.

A l'érythrodermie desquamative convient avant tout le poudrage : comme l'a dit M. Comby « n'employer les pommades et topiques similaires que sur les parties séborrhéiques du cuir chevelu. Sur tout le reste du corps : *pansement sec*, talc stérilisé en abondance ou tout autre poudre propre, répandue fréquemment sur le corps. Les bains et pansements humides doivent être écartés, car ils entraveraient la kératinisation de la peau, ouvrant la porte aux excoriations et ulcérations génératrices d'adénites et d'abcès ».

M. Hallé recommande la même pratique et conseille notamment « d'élever les enfants dans le son. Il met ces enfants dans une boîte en carton remplie de son, d'où seule passe la tête, et il les emmaillote par dessus la boîte. Ils remuent ainsi leurs membres libres dans la poudre, ce qui est le meilleur moyen pour eux de changer leur pansement ».

Par le poudrage, la maladie guérit seule, à condition qu'on règle en outre méthodiquement les tétées ou les biberons et qu'on évite tout trouble digestif.

Lors de maladie de Ritter, le poudrage ne suffit pas, et il faut, d'une part, réaliser une asepsie minutieuse de la peau, en entourant l'enfant de langes stérilisés ou tout au moins fréquemment renouvelés, d'autre part, appliquer sur les parties suintantes des topiques appropriés, le plus simple étant le bleu de méthylène en solution aqueuse à 1 pour 20, qui dans le cas de MM. Lereboullet et Brizard a eu

d'heureux résultats. Le crystal-violet peut également être employé avec efficacité ainsi que tout autre topique semblable. Sur certains points plus irrités, l'application de pâtes épaisses de zinc ou de pommades à base d'ichtyol ou de goudron peut être préconisée, mais ici encore le poudrage largement employé est de rigueur.

Il faut en outre, veiller à l'alimentation de l'enfant, souvent difficile.

Il semble au surplus que l'on soit assez désarmé quand la maladie prend une allure infectieuse et grave comme dans les cas de MM. de Toni, Woringen et Babonneix.

Aussi bien est-ce surtout à la phase initiale qu'il faut réaliser l'asepsie aussi minutieuse que possible, le poudrage et l'emploi des colorants, comme le bleu, sur certains points plus particulièrement touchés.

Observation V

Deux cas de dermatite exfoliatrice du nouveau-né,

par F. CAILLAU et WALTER

(*Soc. de Derm. et de Syphil.*, mars 1918)

Garçon de 8 jours entré au pavillon d'isolement de la Maternité de la Pitié (D^r BRINDEAU), le 27 octobre 1921, pour une éruption bulleuse de la face et du cou. Premier-né d'une femme de 36 ans, il pesait 4.050 gr. Le cinquième jour, bulle lenticulaire en haut et en arrière de l'oreille gauche, phlyctène flasque, presque sans liquide apparent. D'autres bulles se sont montrées par la suite et ont fait penser au pemphigus épidémique.

Etat actuel (quatrième jour de l'éruption) : nuque couverte de vastes érosions isolées ou confluentes, circulaires ou polycycliques. Une bulle de la joue droite, ridée, aplatie, est ponctionnée. La culture donne le staphylocoque blanc à l'état pur. Aspect général de pemphigus épidémique ou d'impétigo à staphylocoques.

Le cinquième jour, extension à la face, aux avant-bras (surtout aux plis de flexion). Le doigt de la nourrice, en retournant le bébé, a décollé un large lambeau dorsal (épidermolyse).

Le septième jour, envahissement du thorax, avec petites vésicules en avant.

Au front, bulle grande comme une pièce de cinq francs.

Au huitième jour, corps gris en entier avec décollement général de l'épiderme, sans interposition de sérosité. L'enfant donne l'impression d'avoir été ébouillanté. Etat général grave, refus du sein, 38°, diarrhée, cyanose de la face, dyspnée, apnée, mort le soir même.

Examen du sang :

Polynucléaires, 16 %;

Monos, 80 %;

Lymphocytes, 3 %;

Eosinophiles, 1 %;

Rares globules rouges mêlés;

Hémoculture négative.

Le second cas, absolument semblable, a été observé à la clinique Tarnier (D^r BRINDEAU). Il s'agit d'un enfant de 6 jours, dont l'éruption date de deux ou trois jours; elle est généralisée, vaste décollement de l'épiderme, apparence d'enfant ébouillanté. Mort au septième jour, quatre jours après le début de l'éruption. B. W. — chez le père et la mère.

Observation VI

Ueber Dermatitis exfoliativa neonatorum

par O. HERZ

(Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1925, Bd XXXI, p. 601).

L'enfant succède à huit fausses-couches (toutes de trois mois) et à un mort-né de six mois et demi sans que l'on n'ait rien pu déceler d'anormal; une sœur morte à six ans de péritonite tuberculeuse, et deux frère et sœur de 11 ans et de 8 ans scrofuleux. Il pèse 7 livres un quart. Le cinquième jour de la naissance apparaît une bulle à la racine des cuisses et au voisinage des organes génitaux. Le lendemain les bourses sont entièrement recouvertes par la dermatite. Ce n'est que le treizième jour que la mère remarque des bulles au visage.

Le dix-huitième jour, les aines, les bourses, la figure (au pourtour de la bouche et des narines) sont dépouillées d'épiderme, rouges, humides; les zones à vif sont limitées par des lambeaux épidermiques, enroulés sur eux-mêmes. Le reste de la peau est légèrement ictérique. Si l'on touche à une partie en apparence saine, l'épiderme s'arrache et la région, mise à vif, rougit en une à deux minutes. Il en est ainsi sur tout le corps.

Le dix-neuvième jour, les aisselles sont recouvertes à leur tour de bulles jaunâtres. Les yeux ne peuvent plus s'ouvrir.

Le vingtième jour, il n'y a de peau nette qu'au dos et à la

poitrine. La gangrène apparaît aux deux pieds et à la main droite.

Le vingt et unième jour, la sœur qui soigne l'enfant présente à l'index gauche une bulle remplie d'un liquide jaunâtre, grosse comme un haricot. La bulle est ponctionnée avec asepsie et donne des cultures pures de staphylocoque doré.

Le contenu des bulles inguinales du nouveau-né avait donné, à côté de cultures pures de staphylocoques dorés, des cultures où le staphylocoque était associé à du streptocoque hémolytique. Mort le vingt et unième jour.

A l'autopsie, signes d'infection secondaire généralisée; lésions du cœur, de la rate, du foie, des poumons, suffusions sanguines des muqueuses; intestin, vessie, bassinét, vésicule biliaire, péri-carde.

Observation VII

Sur la pathogénie de la dermatite exfoliatrice du nouveau-né,

par W. SZARKA

(Monatsch. Kinderh., mai 1926, Bd XXXII, p. 253).

1^{re} Anna A..., né à 8 mois le 16 avril 1925, mère bien portante à B. W. — Entrée le 29 avril 1925, pesant 1.230 gr. Subictère. Ne peut téter. Nourrie à la cuiller avec le petit lait de la mère. Bulles claires sur la partie gauche de l'abdomen, le dos et l'épaule. Le 2 mai, les deux bulles abdominales ont augmenté de volume (pièce d'un franc), sont confluentes et contiennent un liquide trouble. Les autres bulles sont crevées.

Le 8 mai, l'épiderme est reconstitué à la place des bulles. Nouvelle éruption au niveau du dos.

Le 11 mai, les bulles au niveau du dos et de la partie gauche de l'abdomen contiennent un liquide trouble. Ce liquide prélevé stérilement et ensemencé donne des cultures de staphylocoques dorés et de streptocoques.

Le 19 mai, l'épiderme est reconstitué à la place des bulles. Pas de nouvelle éruption. Nourrie au sein.

2° Llona A... (jumelle de Anna A...). Pèse 1150 gr., peau sclérotique, ictérique. Nourrie avec le petit lait de la mère.

Le 8 mai, sur la lèvre inférieure et au niveau de la bouche, il y a de nombreuses bulles, ainsi que sur la poitrine, avec liquide trouble.

Le 9 mai, les lèvres, la poitrine, les épaules, les avant-bras sont rouge vif, luisant par suite de la mise à nu du derme. Au pourtour de ces zones rouges, l'épithélium se décolle facilement, de même du reste que dans les autres régions qui paraissent saines. Au niveau du dos, trois bulles à contenu trouble. Température : 36°.

Le 11 mai, les zones à vif gagnent le dos, les épaules, la plante des pieds, les bras, les mains, les doigts. On trouve du streptocoque et du staphylocoque blanc. Les jours suivants, extension du processus desquamatif. Seuls restent indemnes la base du cou, le cuir chevelu, le front et une partie du siège.

Le 16 mai, début d'épidermisation de la peau.

Le 19 mai, pas de rhagade, la peau est complètement épidermée, la petite prend le sein, pèse 1.100 gr. Pendant toute la maladie, a eu des selles et une urine normales.

Comme on le voit, l'observation du premier jumeau rappelle le pemphigus des nouveau-nés, celle de sa sœur, après neuf jours, est l'image d'une dermatite exfoliatrice (avec début de lésions autour de la bouche et épidermolyse accentuée).

Mêmes constatations bactériologiques dans l'un et l'autre cas, et l'on doit penser que le premier a infecté le deuxième. Ces deux observations paraissent donc être une preuve de l'étiologie commune du pemphigus et de la dermatite exfoliatrice.

Observation VIII

Beitrag zur histologie der dermatite exfoliatrice,

par O. BENDER

(Virchows Arch. f. pathol., 1900).

M. B..., née le 30 mars 1899, entre à l'Hôpital de la Charité le 13 avril 1899.

Peu d'antécédents, sinon une éruption au niveau de l'oreille et du cou le quatrième jour de vie.

Actuellement 41°6, troubles respiratoires qui prouvent une infection généralisée et grave.

Au point de vue cutané, on note le 13 avril : une dermatite exfoliatrice typique et généralisée. La peau est soulevée sur tout le corps avec formation de vésicules de place en place. Sur les lèvres, on note des rhagades.

Le 14 avril : des phlyctères sur le cuir chevelu qui contiennent un liquide incolore.

Le 16 avril, on note un dessèchement des phlyctères au niveau de la tête.

Le 17 avril, pas de nouvelles bulles, au contraire, on note une légère épidermisation.

Le 18 avril, la plupart des bulles est en voie de dessèchement, mais on remarque au-dessus de l'épiderme de l'humidité.

Le 19 avril mort par pyohémie.

CONCLUSIONS

La dermatite exfoliatrice du nouveau-né ou maladie de Ritter, est une affection autonome qui, si rare qu'elle semble actuellement, doit être différenciée des érythrodermies desquamatives du nourrisson, telles que Leiner les a décrites.

La maladie de Ritter frappe le nouveau-né dans les premiers jours alors que l'érythrodermie de Leiner est une maladie du nourrisson. Elle passe par 3 stades : un premier d'érythème scarlatiniforme généralisé, un deuxième de formations bulleuses circonscrites ayant tendance à confluer et à s'étendre à tout le corps; un troisième d'exfoliation de toute la superficie de l'épiderme avec possibilité de provoquer celle-ci même sur les points d'apparence saine, par la seule pression digitale (épidermolyse). Cette dermatite inflammatoire s'oppose à la maladie de Leiner, qui est avant tout une réaction cutanée réalisant une sorte de desquamation physiologique exagérée, avec limitation des nappes érythémateuses et absence, à toutes les périodes de son évolution, d'épidermolyse : il y a sécheresse absolue et constante de l'épiderme.

La maladie de Ritter peut évoluer vers la guérison par assèchement progressif des lésions. Elle peut aussi s'accompagner de phénomènes infectieux graves, révélation d'une septicémie associée qui entraîne la mort. Cette septicémie a vraisemblablement son origine dans une infection secondaire, facile à comprendre quand on voit quelle surface d'absorption représente le derme rouge et suintant.

La maladie de Ritter, distincte de l'érythrodermie de Leiner, doit aussi être séparée du pemphigus épidémique, mais il y a entre elle et ces deux affections des faits de transition difficiles à classer. Sa pathogénie reste actuellement obscure.

Le traitement est basé sur le poudrage de tout le corps, associé à des soins d'aseptie minutieuse de tous les téguments et à l'assèchement, avec le bleu de méthylène ou des topiques analogues, des points les plus enflammés.

Vu : *Le Doyen,* Vu : *Le Président de Thèse,*

BALTHAZARD. LEREBoullet.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,

Pour le Recteur : L'Inspecteur de l'Académie,
A. GODART.

BIBLIOGRAPHIE

- BABONNEIX, CAYLA et Mlle FAYOT. — Un nouveau cas de Dermatite exfoliatrice des nouveau-nés (Maladie de Ritter). — Bulletin de la Société de Pédiatrie, novembre 1931.
- BENDER (O.). — Beitrage zur histologie der dermatitis exfoliativa. — Virchows Arch. f. path. anat. und physiol., B. 159, 1900.
- BIERENDE. — Pemphigus neonatorum — Arch. f. gynäkol., Bd 114, 1924.
- BLECHMAN et HABLEZ. — Bulletin de la Société de Pédiatrie, octobre 1931.
- BRÔCQ. — Dermatite exfoliatrice des enfants. — Traité élém. de dermat. prat.
- CAILLAU et WALTER. — Deux cas de dermatite exfoliatrice du nouveau-né. — Société de Dermat. et de Syphil., mars 1928.
- COMBY (J.). — Erythrodermie exfoliatrice généralisée. — Arch. de méd. des enfants, t. XXI, 1918.
- COMBY (J.). — Erythrodermie desquamative des nourrissons. — Arch. de méd. des enfants, t. XII, 1909.
- DALLA FAVERA. — Über die Dermatitis Exfol. neonatorum Ritter. — Arch. f. dermat. und Bd, 1909.
- DARIER. — Précis de dermatologie.
- FINKESTEIN. — Lehrbuch der Säuglingskrankheiten. — 2 Aufl., Berlin, 1921.
- GIOVANNI DE TONI. — La dermatite exfoliatrice du nouveau-né.
- GOUGEROT. — Epidermites microbiennes érythématosquameuses généralisées, stimulant une dermite exfoliatrice. — Journal des praticiens, 1917.
- HERZ. — Über Dermatitis exfoliativa neonatorum. — Monatschrift für Kinder-Meilkunde, 1925, Bd XXXI.
- KAPOSI. — Actiologie der Dermatitis Exfoliativa neonatorum. — In der Festschrift für Kaposi, Wien, 1901.

- KNÖPFELMACHER et LEINER. — Dermatitis exfoliat. neonatorum. —
Jahrb. für Kinderheilk., t. LX, 1904, p. 178.
- LANDSTEINER LEVADITI UND PRASCK. — Compte rendu des séances
de la Société de Biologie. — Tome LXX, 1911.
- LEREBOULLET et BRIZARD. — Un cas de dermatite exfoliatrice du
nouveau-né. — Bulletin de la Société de Pédiatrie, nov. 1931.
- LEREBOULLET. — Les érythrodermies desquamatives. — Leçon
clinique in Concours Médical, 1932, sous presse.
- REUSS. — Pathologie der Neugeburts periode in Handbuch der
Kinderheilkunde de Pfandner et Schlorsmann. — 4^e édition,
Berlin, 1932.
- SZARKA. — Sur la pathogénèse de la Dermatite exfoliatrice du
nouveau-né. — Monatschr. für kinder, mai 1926, Bd XXXII.
- WIELAND. — Dermatitis exfoliativa Ritter von Rittershain und
pemphigus neonatorum. — Ergebnisse der Sch. Med. und
Kinderheilk., t. XXIV, 1923, p. 47.
- WIELAND. — Über die sogenanté dermatitis exfoliativa Ritter von
Rittershain. — Schweizer Med. Woche, 1922.
- WORINGER. — Contribution à l'étude de la maladie de Ritter.
-

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Neurologie et Psychiâtrie.	LABBE (Henri)	Chimie biologique.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
BENARD Henri	Pathologie médicale.	LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
BROCC	Pathologie chirurgicale.	LEVY-VALENSI	Neuro-psychiâtrie.
BRULE	Pathologie médicale.	LIAN	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.	MONDOR	Pathologie chirurgicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.	MOREAU	Pathologie médicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	MOULONQUET	Pathologie chirurgicale.
CHABROL	Pathologie médicale.	MOURE	Pathologie chirurgicale.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	OBERLING	Anatomie pathologique.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	OLIVIER	Anatomie.
DOGNON	Physique.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
DONZELOT	Pathologie médicale.	PORTES	Obstétrique.
EGALLE	Obstétrique.	QUENU	Pathologie chirurgicale.
FEY	Urologie.	RICHET	Physiologie.
GASTINEL	Bactériologie.	SANNIÉ	Chimie biologique.
GATELLIER	Pathologie chirurgicale.	SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.	VALLERY - RADOT (Pasteur)	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.	VAUDESCAL	Obstétrique.
GARVIER	Pathologie médicale.	VELTER	Ophthalmologie.
HAZARD	Pharmacologie.	VERNE	Histologie.
HOVELACQUE	Anatomie.	VIGNES	Obstétrique.
HUQUENIN	Anatomie pathologique.		
HUTINEL	Pathologie médicale.		
JOANNON	Hygiène.		

III — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
QUÉNIOT	Obstétrique.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
LEQUEUX	Obstétrique.	RETTERRER	Histologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.	ZIMMERN	Physique.

IV. AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
AERAMI	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
DEBRE	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LE LORIER	Clinique obstétricale.
CHEVASSU	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire..... }

Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY

CHAILLEY-BERT, agrégé

LEDoux-LEBARD

WEIL-HALLÉ

Stomatologie.

Education physique.

Radiologie clinique.

Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

